

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1898-1899. — N° 154

CANCER DE L'INTESTIN

AVEC

ANASTOMOSES SPONTANÉES
entre trois Anses

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Juillet 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ADRIEN LACROSAZ

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Né à Sciontzier (Haute-Savoie), le 28 janvier 1875



LYON

IMPRIMERIE P. LEGENDRE & Cie

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1899

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-1899. — N° 154

CANCER DE L'INTESTIN

AVEC

ANASTOMOSES SPONTANÉES

entre trois Anses

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Juillet 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ADRIEN LACROSAZ

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Né à Scientrier (Haute-Savoie), le 28 janvier 1875



LYON

IMPRIMERIE P. LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des Maladies mentales		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée		CAZENEUVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRAPIER.
Médecine légale		POLLOSSON (M.).
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.	—
Accouchements.	POLLOSSON.	(A.) —
Botanique.	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND.
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BÉRARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.)	VALLAS.	PIC	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. FOCHIER, Président ; M. POLLOSSON A., Assesseur ;
MM. CONDAMIN et VALLAS, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur FOCHIER

A MON MAÎTRE

Monsieur le Professeur agrégé Auguste POLLOSSON

A MES MAÎTRES

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Pendant les six mois que nous avons eu l'honneur d'être externe dans son service, M. le professeur agrégé Auguste Pollosson, chirurgien-major de la Charité, ne nous a pas ménagé ses marques de sympathie et a bien voulu nous les continuer par la suite en inspirant notre thèse et en nous prodiguant son temps et ses conseils : nous lui en garderons toujours une vive reconnaissance.

M. le Dr Mouisset, médecin des Hôpitaux, a eu l'extrême obligeance de mettre à notre disposition une des deux observations inédites que nous publions dans ce travail : nous le prions de bien vouloir agréer nos humbles remerciements.

M. le professeur Fochier, en daignant accepter la présidence de notre thèse, nous a donné un témoignage de sa bienveillance habituelle : nous sommes touché de l'honneur qu'il nous a fait et nous lui adressons l'hommage de notre respect et de notre gratitude,

Nous envoyons aussi un témoignage ému de

reconnaissance à tous nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, et spécialement à MM. les professeurs agrégés Vallas et Jaboulay, chirurgiens-majors de l'Hôtel-Dieu, et à MM. Rabot et Chappet, médecins des Hôpitaux, dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe.

Nous remercions enfin pour leur dévouement sans bornes, notre père et notre mère, et pour leurs inoubliables bienfaits et leur attachement tous ceux qui, parents, anciens maîtres, amis, se sont intéressés à nous et ont collaboré à notre carrière.

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

Le cancer de l'intestin n'est pas une maladie fréquente puisque Leichtensten, dans une statistique de 4567 décès par cancer survenus à l'hôpital général de Vienne, attribue 178 décès à l'intestin et, sur ces 178 cas, 143 appartiennent au rectum et 35 seulement aux autres segments.

Le cancer de l'intestin est ordinairement primitif et se présente sous forme de noyaux disséminés, mais très rarement (5 fois sur 188 cas, Haussman (1), plus souvent sous celle d'un noyau unique latéral (13 cas, *ibid*), mais, dans la très grande majorité des cas, le néoplasme affecte une forme annulaire (170 cas, *ibid*).

Les points cancéreux peuvent s'ulcérer et même se perforer. Dans ce dernier cas, des adhérences péritonéales ont ordinairement le temps de se produire et, au lieu de se faire dans un péritoine libre, la perforation ouvre l'intestin dans une poche de pé-

(1) Contribution à l'histoire du cancer de l'intestin; étiologie et anatomie pathologique. Thèse de Paris, 1882.

ritonite circonscrite, ou dans les parois de l'abdomen, ou bien dans un des viscères abdominaux. Si les adhérences péritonéales ont accolé une autre anse intestinale à la première, la perforation pourra se faire dans celle-là et mettre ainsi en communication directe deux anses plus ou moins éloignées. Ce phénomène est connu sous le nom de fistule bi-muqueuse intestinale et, quoiqu'il soit assez rare, il en est fait mention dans la plupart des auteurs qui traitent du cancer de l'intestin.

Bien plus, on peut supposer l'accolement de deux autres anses intestinales à celle atteinte par le cancer, et la perforation se faisant de telle sorte qu'elle mette en communication directe ces trois anses entre elles par l'intermédiaire d'une poche ou cloaque. Il y a alors anastomoses spontanées entre trois anses d'intestin ; c'est ce point peu connu de l'histoire du cancer de l'intestin que nous avons l'intention de traiter dans ce modeste travail.

Nous disons peu connu, car les auteurs n'en parlent à peu près pas. Lieber (1) relate l'observation d'un homme de 26 ans, atteint de diarrhée incoercible depuis deux ans, avec épuisement considérable, et chez lequel il trouva, à l'autopsie, outre des lésions de divers viscères, une communication entre le jejunum, le côlon transverse et l'S iliaque. Ces anastomoses existaient à la faveur de perforations en forme d'entonnoir ; celle de l'S iliaque avait 4 à 5 lignes de diamètre ; les autres étaient plus

(1) Communication zwischen jejunum, colon transversum und S romanum. *Medicinische Zeitung*, 26 fév. 1840.

petites, mais il n'y avait pas de tumeur et, d'ailleurs, il est signalé que le malade toussait, ce qui donne à supposer quelle était la nature de cette affection, quoique l'état du poumon ne soit pas mentionné.

A l'occasion de son observation, l'auteur fait un rapide historique des cas présentant avec le sien quelque analogie. Il constate que Morgagni n'a trouvé aucun cas semblable, que Baillie, en parlant des perforations intestinales, cite des fistules recto-vésicales, recto-vaginales, entéro-rénales et bi-muqueuses intestinales, qui se font grâce à des adhérences préalables. Divers autres auteurs, cités dans le même article, donnent des cas semblables, mais Lieber a soin d'ajouter que dans aucun de ces cas, il n'y avait communication entre trois segments d'intestin.

Cruveilhier (1) consacre quelques lignes aux fistules bi-muqueuses intestinales et cite même un cas de Cloquet où il y avait communication entre l'intestin grêle et le côlon; mais c'est ce qu'il connaît de plus remarquable dans le genre. De même, Lebert (2) rapporte des cas analogues, mais il reste muet sur les réunions de trois anses.

Galliard (3), au chapitre du cancer de l'intestin du *Traité de Brouardel*, écrit ceci : « En considérant les différents segments de l'intestin, toutes les combi-

(1) *Anat. path. du corps humain*, liv. XXX, pl. 3, p. 3.

(2) *Anat. path. générale et spéciale*, t. II, p. 242.

(3) BROUARDEL et A. GIBBERT. — *Traité de Médecine et de Thérapeutique*.

naisons sont possibles : fistules allant de l'iléon au cœcum (Spanson, Ogle), au côlon (Barth), du cœcum au duodénum (Czerni), de l'S iliaque au cœcum (Dolbeau), au côlon ascendant (Luke et Gibbon), à la vessie (Lenepveu, Monod), à la vessie, au rectum et à l'iléon (Samson) (1), à la vessie et à la peau (Waldeyer, Giamboni). »

Jamin (2), Peyronnet (3), Laspales-Mondon (4), Fleur (5), Georgandopoulo (6), Giamboni (7), Peyrod (8), Robert (9), Sarazin (10), Haussman (11), Journet (12), Camus (13), Backé (14), Crespin (15), Rubenthaler (16),

(1) Nous rapportons plus loin cette observation *in extenso*.

(2) Recherches historiques et cliniques sur l'entérorrhaphie. Th. de Paris, 1861.

(3) Contribution à l'étude des phlegmons de la fosse iliaque, consécutifs à des perforations intestinales. Th. de Paris, 1876.

(4) Sur un mode de terminaison exceptionnel de certaines perforations de l'intestin. Th. de Paris, 1877.

(5) Etude clinique du cancer de l'intestin. Th. de Paris, 1879.

(6) Etude sur les résections de l'intestin. Th. de Paris, 1880.

(7) Du cancer de l'S iliaque. Th. de Paris, 1880.

(8) De l'intervention chirurgicale dans les obstructions de l'intestin. Th. d'agrégation, Paris, 1880.

(9) Du cancer de l'S iliaque. Th. de Paris, 1880.

(10) Sur le cancer du cœcum. Th. de Paris, 1880.

(11) *Loc. cit.*

(12) Fréquence du cancer de la terminaison de l'intestin grêle. Th. de Paris, 1883.

(13) Du traitement radical du cancer du gros intestin, par la côlectomie, avec entérorrhaphie après laparotomie. Th. de Paris, 1893.

(14) Du cancer de l'intestin. Thèse de Paris, 1893.

(15) De l'évolution du cancer du gros intestin et de son traitement. Th. de Paris, 1894.

(16) Diagnostic du cancer de l'intestin. Th. de Lyon, 1895.

qui tous ont traité de différents points du cancer intestinal, et citent un certain nombre d'observations de cette affection, n'apportent aucun cas d'anastomoses spontanées entre trois anses. Quelques-uns seulement font mention de la possibilité de ces communications anormales.

Enfin, malgré de patientes recherches dans la plupart des publications périodiques françaises et étrangères, nous ne sommes parvenus à découvrir que deux cas se rapportant à notre sujet, un de Simon et un autre de Kocher, que nous donnons plus loin, en même temps que deux observations inédites de malades vus par M. Auguste Pollosson, l'un dans son service et l'autre dans le service de M. le Dr Mouisset, et qui ont fait l'objet d'une communication de notre maître à la Société des Sciences Médicales (1).

Nous diviserons notre sujet en quatre parties :

- 1^o Anatomie pathologique et pathogénie ;
- 2^o Symptomatologie ;
- 3^o Diagnostic et pronostic ;
- 4^o Traitement.

(1) *Lyon Médical*, 16 avril 1899, p. 557.

CHAPITRE PREMIER

I. — Anatomie pathologique.

Nous avons vu que, dans l'immense majorité des cas, le néoplasme de l'intestin affectait une forme annulaire, c'est-à-dire que le tissu morbide envahit la circonférence tout entière dans une certaine étendue ; que, parfois, une partie d'un seul côté de l'intestin était infiltrée, ce qui constitue le cancer latéral ; enfin, que ce même cancer, dans des cas très rares, pouvait se présenter sous forme de noyaux disséminés.

L'anneau cancéreux est ordinairement unique et, à son niveau, il y a habituellement un certain degré de rétrécissement du canal intestinal, rétrécissement tel que, parfois, une plume de corbeau puisse à peine y passer, ou un mince filet d'eau le traverser. Par contre-coup, il se produit, au-dessus de l'obstacle, une dilatation qu'on a vue remonter très haut dans certains cas.

Cette rétro-dilatation s'accompagne de l'hypertro-

phie des tuniques musculaires de l'intestin, et quelquefois de perforations non cancéreuses dans ces mêmes segments placés au-dessus du point sténosé, surtout quand c'est le cas du cœcum. Le segment rétro-dilaté contient une grande quantité de matières fécales.

Par contre, les segments plus bas situés subissent une espèce d'atrophie de leurs tuniques et voient leur calibre diminué et à peu près vide de matières.

En fait de communications anormales dans le cancer de l'intestin, les cas les plus remarquables signalés par les auteurs sont, outre les fistules bi-muqueuses intestinales, des fistules entéro-vésicales et des fistules entéro-cutanées, ou anus contre-nature spontanés. Dans une observation de Chernet (1), il y avait deux perforations de l'intestin grêle, destruction du fond de la vésicule biliaire et vaste excavation sous-hépatique.

Quant aux anastomoses entre trois anses, elles revêtent une physionnomie bien spéciale; que ce soit à la salle d'opération ou à l'ampithéâtre, après avoir ouvert l'abdomen, on tombe sur une tumeur qui peut être complètement mobile et indépendante de tout autre organe que de l'intestin, ou bien plus ou moins adhérente à la paroi abdominale, ou même à un organe intra-pelvien comme la vessie et l'utérus.

Cette tumeur, qui atteint le volume d'un poing, voire aussi celui d'une tête d'enfant, est plus ou moins

(1) Cancer de l'intestin grêle. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1875, p. 299.

arrondie, plus ou moins irrégulière, mamelonnée. Elle englobe dans sa masse trois anses d'intestin, dont une, quelquefois deux, appartiennent au gros intestin.

Quand on a libéré la tumeur de ses adhérences, s'il y en a, et qu'on a sectionné les bouts intestinaux qui s'y rendent, on peut l'extraire de la cavité abdominale; on lui trouve alors six orifices provenant de la section des six bouts intestinaux. Ces orifices, distribués capricieusement sur le pourtour de la tumeur, conduisent tous dans une seule et même cavité de dimensions variables, à parois déchiquetées, bourgeonnantes, fongueuses, friables, d'épaisseur inégale, véritable cloaque contenant une certaine quantité de matières fécales mélangées à du pus. Si l'on ouvre la tumeur, outre les caractères précédents, on voit que des six orifices intestinaux, les uns s'abouchent directement dans la cavité, l'anse à laquelle ils appartiennent ayant totalement disparu dans leur intervalle, étant complètement détruite, et remplacée par les productions néoplasiques; d'autres peuvent communiquer avec la poche à la faveur d'un trou latéral de dimensions plus restreintes; traversant la paroi de l'anse : c'est qu'alors cette anse a conservé un certain degré d'indépendance, une certaine individualité, le travail dégénératif y étant moins avancé, une portion de la circonférence de la paroi intestinale pouvant même rester saine, comme si l'anse était seulement tangente à la tumeur, tout en s'étant laissée perforer par la destruction néoplasique au point de contact

Là où l'intestin commence à être libre, c'est-à-dire à se dégager de la tumeur, il n'est pas forcément sain. Au contraire, il peut contenir, dans l'épaisseur de ses parois, des noyaux cancéreux faisant saillie au-dedans et au-dehors, et pouvant même être ulcérés, végétants, fongueux comme la tumeur principale.

Quoi qu'il en soit, cette disposition spéciale du cancer intestinal diffère, par des points importants, du cancer annulaire, le plus fréquent. Là, point de rétrécissement comme dans ce dernier ; la lumière de l'intestin a conservé son calibre partout ; bien plus, grâce à ces anastomoses, le trajet intestinal se trouve reccourci et les matières trouvent un passage facile d'une anse à l'autre à travers ces anastomoses,

Rentrons maintenant dans la cavité abdominale ; là-aussi, nous trouvons six bouts intestinaux ; en supposant l'intestin dévidé, et étalé en ligne droite, et en le parcourant du haut en bas, on trouve d'abord une première section qui termine la première portion d'intestin ; puis une seconde et une troisième délimitant une anse isolée ; ensuite, une quatrième et cinquième sections délimitent une seconde anse isolée ; enfin, une dernière section commence le dernier segment intestinal. C'est comme si trois tumeurs distinctes, séparées par deux anses saines s'étaient développées sur le tractus intestinal en trois points différents.

Il reste, de cet exposé, que les deux orifices extrêmes sont séparés par un hiatus occupé par deux anses intermédiaires. Il n'y a plus ensuite qu'à se

reporter à la disposition anatomique des diverses parties de l'intestin pour se rendre compte que, étant donné le cas, par exemple, où ce sont deux points de l'intestin grêle et un du gros intestin qui ont été perforés par la tumeur, des deux anses intermédiaires, la dernière doit comprendre la fin de l'intestin grêle et tout le gros intestin jusqu'au point où il a été atteint par le néoplasme; la première, au contraire, est tout entière constituée par un segment de l'intestin grêle, et ce segment ne peut pas être d'une longueur considérable; en effet, les deux anses grêles englobées dans la tumeur sont presque forcément deux anses voisines qui se continuent l'une l'autre, et c'est précisément la partie intermédiaire, comprenant le coude d'union des deux anses, qui est restée saine.

La disposition inverse, tumeur formée aux dépens d'une anse grêle et de deux du gros intestin peut prêter à des considérations variées dans lesquelles nous n'entrons pas, nos observations n'en comprenant qu'un cas.

Inutile d'ajouter que toute la partie de l'intestin restée indemne de dégénération a conservé son aspect à peu près normal; on ne trouve donc ni augmentation de calibre, ni hypertrophie des tuniques musculaires, ni accumulation de matières fécales sous forme de scybales durcies ou d'entérolithes, ni perforations non cancéreuses sur le trajet intestinal situé au-dessus de la tumeur. De même, on ne rencontre pas cette espèce d'atrophie de toute la portion

de l'intestin situé au-dessous, qui semble revenu sur lui-même lorsqu'il y a rétrécissement.

En un mot, tout ce qui est le propre du rétrécissement cancéreux, au point de vue anatomo-pathologique, fait ici complètement défaut, puisque de rétrécissement, il n'en existe pas.

II. — Pathogénie.

Et maintenant, est-il permis de se demander par quel processus, par quelle série de phénomènes morbides, trois anses intestinales, dont une atteinte de cancer, arrivent à s'agglutiner et à créer entre elles ces communications anormales? Evidemment il serait puéril de rechercher quelle cause spéciale d'un cancer sur un point quelconque de l'intestin arrive à produire un cloaque mettant en communication avec ce point deux autres points différents de l'intestin. Etant donné un néoplasme unique intestinal, il est impossible de prévoir si, oui ou non, il pourra se produire des anastomoses spontanées entre trois anses; il faut considérer ceci comme un pur effet du hasard.

Mais, du moins, pouvons-nous suivre, par la pensée, la succession des phénomènes qui créent ces anastomoses, les différentes étapes de la maladie : tumeur, ulcération, péritonite adhésive, perforation.

On lit dans Cruveilhier (1), sur les fistules bi-muqueuses intestinales : « L'ulcère chronique de l'in-

(1) *Loco citato.*

testin peut, comme l'ulcère aigu, déterminer la perforation de ce canal et amener un épanchement de matières dans la cavité péritonéale ; peut-être cette perforation avec épanchement serait-elle plus fréquente encore, si des adhérences salutaires, en s'établissant entre l'anse intestinale ulcérée et les anses voisines, ne prévenaient l'épanchement et ses conséquences ; cependant, il arrive souvent que, dans le cas d'adhérences, le travail d'ulcération franchit les limites apportées par ces adhérences, et s'étend de l'anse intestinale malade à l'anse intestinale accolée ; alors l'ulcération procède du dehors au dedans pour cette dernière anse, après avoir procédé du dedans au dehors pour la première ; une communication directe s'établit entre ces deux anses, il y a fistule bi-muqueuse. Il est bien digne de remarque que l'adhérence morbide établit dans les organes entre lesquels elle a lieu des connexions vasculaires et vitales telles, que les lésions organiques se propagent de l'une à l'autre avec la même facilité que si, primitivement, ces organes adhérents avaient constitué un seul et même organe. Nous avons déjà plus d'une fois signalé ce fait à l'occasion de la gangrène et du cancer.

« Les fistules bi-muqueuses intestinales peuvent devenir un moyen de salut, en prévenant les funestes effets d'un rétrécissement situé entre les deux anses d'intestin qui communiquent. Elles peuvent, d'ailleurs, s'établir, non seulement entre deux anses d'intestin grêle, mais encore entre l'intestin grêle et le gros intestin. »

De son côté, Lebert (1) donne une explication à sa manière, de la production de ces fistules : « Le cancer qui n'occupe qu'un seul côté de la paroi intestinale a, dans le côlon transverse, et surtout dans l'S iliaque un autre inconvénient très grave aussi. Lorsque la portion carcinomateuse s'est ulcérée, il s'établit volontiers une poche à l'endroit du cancer, qui, en s'élargissant, contracte des adhérences avec les parties voisines, et finit par établir, avec d'autres organes, des communications bizarres dont tous les observateurs qui ont étudié le cancer des intestins, ont été frappés ».

Cruveilhier considère donc les fistules bi-muqueuses intestinales, au moins dans certains cas, comme une porte de salut, neutralisant un rétrécissement, qui est le propre du cancer annulaire, tandis que Lebert n'y voit qu'un épiphénomène du cancer latéral, ce qui expliquerait, à la fois, et la rareté de ces fistules, le cancer latéral étant lui-même très rare, et l'absence de phénomènes d'obstruction, au commencement de la maladie, alors que ces communications n'existent pas encore.

Bref, tout ceci a rapport aux anastomoses entre deux anses, mais peut, certes, s'appliquer entièrement aux cas qui nous occupent : il suffit d'ajouter une troisième anse aux deux premières. Il y aurait, au début, développement d'un cancer sur une anse quelconque, préférentiellement sur le gros intestin, surtout sur l'S iliaque qui est, après le rectum, le seg-

(1) *Loco citato.*

ment le plus fréquemment atteint. Le néoplasme, en s'ulcérant, détruirait de dedans en dehors, toutes les tuniques de la paroi ; avant la perforation complète, il y aurait formation de péritonite adhésive se propageant en même temps ou successivement à deux autres anses qui se trouveraient en contact avec le segment primitivement atteint. Ces deux anses seraient préférablement deux anses grêles, une autre portion du gros intestin ayant besoin de conditions anormales spéciales pour prendre contact avec l'S iliaque.

Par ce moyen d'union, et par l'extension progressive de la tumeur, les deux anses seraient dorénavant intimément soudées à l'S iliaque sous des angles divers. La tumeur atteindrait les deux anses en même temps, ou l'une après l'autre, et s'y développerait comme si elle y avait pris naissance ; l'ulcération augmenterait en profondeur ; après avoir perforé les parois de l'S iliaque, elle userait les divers plans de la paroi des deux anses de dehors en dedans, et les perforerait à leur tour, d'abord l'une, puis l'autre, ou toutes les deux à la fois.

Dès lors, la communication serait établie entre les trois segments ; il suffirait ensuite que le néoplasme et l'ulcération continuent leurs progrès par désorganisation, ramollissement et chute des parties superficielles, pour que les perforations s'agrandissent, que les parois intestinales disparaissent et fassent place aux parois de la tumeur, pour qu'enfin il se forme, au milieu des végétations néoplasiques, une

sorte de cavité, de cloaque, mettant en communication les trois anses.

On pourrait se demander si, en prenant deux cancers primitifs de l'intestin plus ou moins éloignés, comme il y en a des exemples, il ne pourrait pas y avoir accollement de ces deux néoplasmes l'un avec l'autre et avec un troisième segment et, consécutivement, anastomose. Nous ne nions pas la possibilité de cette éventualité, mais, étant donnée la rareté de la coïncidence de deux cancers primitifs, nous croyons notre première explication beaucoup plus vraisemblable.

CHAPITRE II

Symptômes

Le cancer de l'intestin provoque, en général, comme premiers symptômes, des phénomènes dyspeptiques et un affaiblissement progressif de la santé. Les douleurs peuvent entrer en scène, mais ne sont pas constantes ; quand elles existent, elles sont tantôt sourdes et vagues, tantôt vives et bien localisées. Elles se rapportent exactement au néoplasme ou se manifestent à distance.

La forme des matières fécales n'est modifiée que si le siège du cancer est assez bas.

Le méloëna s'observe assez fréquemment : on cite des cas où à plusieurs reprises, il s'est produit des hémorrhagies graves.

Il y a ordinairement alternatives de constipation et de diarrhée, avec prédominance du premier symptôme ; quelquefois des vomissements alimentaires et muqueux même en dehors de tout phénomène d'obstruction.

Plusieurs auteurs ont signalé la tuméfaction des

ganglions de la fosse iliaque, de l'aîne et même de la région sus-claviculaire gauche (signe de Troisier); mais ces signes sont loin d'être constants.

Enfin survient, plus ou moins tardivement, la cachexie cancéreuse, avec œdème des membres inférieurs ou ascite.

Mais le syndrome clinique qui caractérise avant tout le cancer de l'intestin, et qui permet de le diagnostiquer, ce sont :

- 1^o *La présence d'une tumeur abdominale;*
- 2^o *Les accidents du rétrécissement intestinal;*

La tumeur s'observe dans plus de la moitié des cas ; elle est plus ou moins grosse, saillante, dure, bien circonscrite, mobile, variable suivant la quantité de matières qu'elle renferme, sonore à la percussion.

Les accidents de rétrécissement intestinal sont constitués par des phénomènes d'occlusion aiguë ou d'obstruction chronique. La maladie peut même se révéler d'emblée par une attaque d'occlusion aiguë, et l'on se trouve en présence d'un sujet qui, hier bien portant en apparence, est en proie aujourd'hui à des douleurs d'entrailles extrêmement violentes, s'accompagnant de nausées, de vomissements alimentaires, muqueux, rapidement fécaloïdes, de constipation opiniâtre avec suppression des gaz, de ballonnement considérable avec dyspnée et suffocation. Les anses se dessinent sous la paroi abdominale et, si l'on n'intervient pas, le malade peut succomber avec des phénomènes généraux

graves, altération des traits, accélération du pouls, affaiblissement extrême et hypothermie.

Plus souvent, le malade subira les atteintes de l'obstruction lente et chronique : ce sera une coprostase de plus en plus rebelle, avec colite muco-membraneuse, météorisme, coliques, vomissements alimentaires; accidents coupés, à des intervalles de plus en plus éloignés, par des débâcles formidables, après quoi tout semble rentrer dans l'ordre pour un instant; ce sera aussi de la stercorénie se révélant par de la céphalalgie, des vertiges, des nausées, de la diminution de l'appétit, de la dyspnée, des frissons, de l'hypothermie. Ces deux séries de phénomènes peuvent s'associer ou se compliquer, à un moment donné, d'accidents d'occlusion aiguë à répétition et conduire à une mort plus rapide.

Ces accidents de rétrécissement sont considérés par les auteurs, comme devant forcément se produire un moment ou l'autre, dans le cours du cancer de l'intestin, surtout quand, aux autres symptômes, s'ajoute la présence d'une tumeur abdominale indiquant un développement déjà considérable du néoplasme et, du même coup, un rétrécissement notable. « Ces obstructions s'observent même dans des cas où l'on ne peut pas sentir de tumeur, alors qu'il s'agit de simple virole néoplasique formant rétrécissement plutôt que tumeur si l'on se contente d'un simple examen macroscopique. Or les symptômes d'obstruction intestinale, souvent observés avec les néoplasmes de petit volume, ne manquent presque

jamais lorsque l'on peut sentir, à travers la paroi, des masses aussi volumineuses que celle constatée chez notre malade. C'est qu'alors il existe des phénomènes de compression du voisinage qui, plus encore que l'oblitération directe de la lumière de l'intestin par le bourgeonnement de la tumeur, s'opposent à la circulation des matières » (1).

« Il n'est guère de malade chez qui la circulation des matières fécales ne soit, à un moment donné, assez difficile pour provoquer à un plus ou moins haut degré ces accidents » (2).

Jusqu'à quel point les cas d'anastomoses spontanées entre trois anses d'intestin, dans le cancer de cet organe, sont-ils conformes au tableau ci-dessus? C'est ce que vont nous dire les observations suivantes.

OBSERVATION I

Par SIMON. *Transactions of the pathological Society of London*, 1848, t. I p. 264. Traduite de l'anglais.

CANCER DE L'S ILIAQUE OUVERT DANS LA VESSIE LE RECTUM ET L'ILÉON

Une anse de l'S iliaque du côlon dans laquelle l'affection cancéreuse avait débuté, était quelque peu descendue dans le bassin, et avait presque traversé la fosse iliaque avant de revenir se terminer dans le rectum. Cette anse malade avait contracté diverses adhérences avec le rectum en arrière, la vessie en avant, et en haut, avec l'iléon tout près de sa terminaison; elle avait abaissé et renversé l'utérus en arrière. Avec les progrès de l'ulcération, la continuité du côlon avait été complètement détruite et il s'était formé, entre la vessie et le

(1) Note de M. le Dr Mouisset accompagnant son observation.

(2) DU CASTEL. Cancer de l'iléon. *Arch. gén. de méd*, 1882.

rectum, une cavité à parois fongueuses. Ces deux organes communiquaient avec la cavité cancéreuse; de même l'iléon s'y ouvrait largement. L'urine s'était infiltrée le long du ligament rond de l'utérus jusqu'au pli de l'aîne où elle avait donné naissance à un vaste abcès. L'utérus n'était pas atteint par l'affection, mais la pièce examinée de face donnait l'impression, de prime abord, que le fond et le corps utérins avaient été détruits par l'ulcération; cependant on trouva qu'il était seulement en rétroversion.

La malade, une femme mariée, âgée de 44 ans, n'avait été en observation que durant la dernière quinzaine de sa vie; aussi, bien que la nature générale de sa maladie eût été reconnue, on n'avait pu poser de diagnostic détaillé. La diarrhée avec ténésme avait constitué sa principale infirmité; il y avait de la sensibilité au pubis et dans la région iliaque gauche; des gaz s'étaient échappés par l'urèthre; on avait trouvé dans l'urine des éléments organiques du cancer. Une semaine avant sa mort, une tuméfaction douloureuse s'était montrée à l'aîne gauche; le passage à la suppuration ne se fit pas attendre et fit succomber la malade. Ce dernier phénomène résultait évidemment de l'infiltration directe de l'urine et des autres matières irritantes venant de la cavité intra-pelvienne.

Cette observation présente, outre la communication anormale entre trois segments de l'intestin, une perforation de la vessie s'ouvrant dans la cavité commune; mais il est facile de faire le départ entre les symptômes propres à cette dernière complication et ceux appartenant à la triple anastomose intestinale.

OBSERVATION II

Par le Professeur Th. KOCHER de Berne, *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte*, 1^{er} avril 1890. — Traduction résumée.

TRIPLE ENTÉRECTOMIE POUR UN CANCER ENGLOBANT L'S ILIAQUE ET DEUX ANSES DE L'INTESTIN GRÊLE

H. N., âgé de 63 ans, nous fut amené par notre ami, le Dr Anker, le 7 novembre 1889. Les antécédents sont ceux-ci :

Le père est mort d'apoplexie en 1877 ; la mère est morte de vieillesse ; dans la famille, pas de tumeur, pas de phthisie. Le sujet a toujours été d'une bonne santé ; il a seulement souffert çà et là de rhumatismes ; il n'était jamais constipé. La présente affection a commencé, depuis une année, par des coliques qui se prolongeaient environ deux heures après les repas avec du gargouillement. De plus, le ventre n'était jamais bien ballonné ; selles régulières de couleur normale. Le patient souffrait d'hémorroïdes auparavant, jusqu'au commencement de la présente maladie. Les selles n'ont jamais été noires.

Depuis trois semaines, le malade éprouve des douleurs dans l'épigastre et des douleurs sourdes avant la selle.

Le malade a maigri depuis six mois.

La couleur du visage est devenue jaune depuis quelques mois.

Appétit faible ; pourtant le malade supporte assez bien tous les aliments.

Urines acides, claires, sans albumine.

Etat depuis le 17 octobre 1889. — Le malade a du météorisme abdominal. Par une palpation soignée, on sent une tumeur allant de la symphise jusqu'à deux doigts au-dessous de l'ombilic, dépassant, à droite, la ligne médiane de la largeur du pouce, et atteignant, à gauche, le milieu du ligament de Poupert. Elle est de consistance solide et de forme irrégulière. De la fosse iliaque interne, part un cordon de l'épaisseur du doigt qui correspond à la partie supérieure de l'S iliaque.

Sur la face antérieure de la tumeur, on peut sentir une petite saillie. La tumeur est assez mobile latéralement ; on peut aussi la déplacer de bas en haut.

Le foie ne dépasse pas le rebord des côtes : son bord est perceptible, il n'offre rien d'anormal.

L'abdomen présente une sonorité tympanique ; pas d'induration ganglionnaire dans la région inguinale.

Langue de bonne apparence ; mine bonne ; un peu de décoloration de la muqueuse pituitaire ; pouls faible, légère oppression, pas d'ictère.

A la pointe du cœur, un souffle systolique ; de même à la base et à l'aorte.

Diagnostic : cancer de l'S iliaque.

Indication : résection.

9 novembre. — Pendant une profonde anesthésie au chloroforme, on constate que la tumeur est assez ferme et élastique, grosse comme une tête d'enfant ; à gauche et en avant on sent une saillie grosse comme une prune, un peu mobile. La tumeur est irrégulière, mobile, si bien qu'elle peut aller à droite de la ligne médiane.

Si on pousse la tumeur à droite, on sent filer du même côté un cordon.

Par le rectum, on ne perçoit nullement la tumeur, et la ceinture du bassin est complètement libre.

L'opération fut faite le 12 novembre 1889, avec le Dr Tavel et le Dr Anker. On fit une incision transversale allant de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche au milieu du muscle droit de l'abdomen. Section des artères et veines épigastriques inférieures.

Ce n'est pas sans peine qu'on put sortir la tumeur à travers l'incision de la paroi, et on eut la conviction que, certainement, on était en présence d'un cancer de l'S iliaque, lequel avait déjà perforé deux anses d'intestin grêle ; ces organes formaient, avec le mésentère, une grosse tumeur. Il n'y avait qu'à la remettre en place et suturer la plaie, ou bien faire la résection de trois anses intestinales et ce, sur une grande longueur. Nous nous rendîmes à ce dernier parti. D'abord on examina soigneusement à quel niveau devait être pratiquée la section du mésentère, afin d'assurer la libre circulation du sang dans les vaisseaux se rendant aux anses sectionnées. Alors, aux places choisies, l'intestin fut séparé entre deux pinces-artère de Kocher, placées le plus près possible l'une de l'autre, et les

bouts, c'est-à-dire les courtes extrémités d'intestin qui dépassaient les pinces, lavés au sublimé avec soin. Ensuite eut lieu la séparation du mésentère, le long de la ligne d'insertion à l'intestin, le tout suivant la méthode donnée par nous pour l'exécution de la suture de l'intestin dans les résections étendues. Ainsi fit-on pour chacune des deux anses d'intestin grêle et ensuite pour l'S iliaque. Ici, la séparation fut très difficile, parce que le méso-côlon devait être sectionné dans la cavité abdominale; d'où épanchement de quelques gouttes de sang qu'on ne put éviter.

La partie de l'intestin qui avait été sectionnée fut, après désinfection, enveloppée dans de la gaze stérilisée.

Maintenant la tumeur pouvait être extraite et, immédiatement après une nouvelle stérilisation du champ opératoire, avec des compresses de sublimé et des lavages à l'eau salée et stérilisée de Koch, nous procédâmes à la confection des sutures. Sur celles-ci, nous avons aussi exposé ailleurs notre avis et, conformément à celui-ci, nous fîmes une double suture continue, l'une, plus profonde, qui comprenait toutes les membranes de l'intestin et un mince rebord de la muqueuse, puis une autre, superficielle, comprenant la séreuse.

Les deux sutures de l'intestin grêle furent rentrées; en revanche, pour le gros intestin, on procéda autrement. Ici, il n'était pas possible de placer d'une manière assurée, tout autour, une double suture qui eût complètement adossé l'une à l'autre les deux surfaces de section, surtout la séreuse; si bien, qu'après la suture, cette partie de l'intestin fut placée sur une bande de gaze iodoformée et maintenue hors de la plaie qu'on referma comme d'habitude. Autour de l'intestin ainsi placé, on fixa, par quelques points de suture, à la séreuse de la paroi, celle de l'intestin.

13 novembre. — La nuit a été bonne. le malade va bien, n'a pas de douleurs; abdomen ni météorisé, ni douloureux.

14 novembre. — Le pansement est enlevé; badigeonnage au collodion; la gaze iodoformée qui recouvrait la plaie est changée; la suture intestinale semble tenir parfaitement; on place une nouvelle couche de gaze et de la poudre d'iodoforme.

Le patient passe très bien les nuits suivantes; la température et le pouls sont absolument normaux, tellement que le

pansement est bientôt enlevé, le 19 novembre; sous la gaze iodoformée, on trouve un liquide louche venant de l'intestin.

On enlève la suture intestinale.

Chaque jour nouveau pansement.

21 novembre.—Sur la paroi antérieure de l'intestin, à l'endroit de la suture, il s'est formé une petite ouverture et il en sort un peu de matières fécales.

Le patient est allé à la selle ce jour même ; il mange maintenant des œufs, des soupes à la crème ; il prend du café, du thé et du vin.

22 novembre. — Encore une selle normale ; il y a un peu de matières fécales à la fistule ; d'heure en heure, lavages horiqués chauds ; tout va très bien.

Le reste de la cicatrice a un très bel aspect ; pas de météorisme abdominal.

23 novembre. — Erythème de la peau par stagnation des matières ; expulsion de matières liquides par la pression ; on donne du bismuth au malade pour le constiper.

26 novembre. — Le malade est allé à la selle par le rectum.

8 décembre. — Il sort toujours quelques matières fécales par la fistule, mais pourtant très peu.

17 décembre. — Le malade est debout, se sent très bien, mange, depuis le commencement du mois, de la viande, du pain et supporte très bien la nourriture ; il va tous les jours à la selle. Il n'a jamais eu, depuis l'opération, une élévation de température.

19 décembre. — Petit accès d'influenza avec fièvre.

22 décembre. — Le malade est revenu à la température normale.

29 décembre. — Diarrhée : il coule comme un jet à travers la fistule. Température, 38° 5 vers le soir ; bismuth.

2 janvier 1890. — Collodion sur la fistule.

4 janvier. — La fistule devient beaucoup plus petite ; il n'en sort plus que des gaz.

7 janvier. — Comme la fistule a encore diminué, le malade est congédié pour le 11 janvier ; il sort encore de temps en

temps quelques gaz par la toute petite fistule, qui se fermera bien par la cicatrisation.

Description de la tumeur, 15 novembre 1889.

La tumeur est du volume d'une tête de petit enfant et est à peu près de forme ronde. Sur la face supérieure, on voit un tissu graisseux et trois segments d'intestin qui tous ont été sectionnés là où ils étaient libres.

L'un des bouts appartient au gros intestin (S iliaque), les deux autres à l'intestin grêle. Près de la section, sur le point le plus épaissi, la paroi du gros intestin mesure trois centimètres d'épaisseur. A la coupe transversale la masse de la tumeur est blanche et présente une consistance très dure et l'aspect habituel du cancer.

Si l'on retrousse les parois du gros intestin l'une sur l'autre, on voit dans une cavité grande comme un petit poing un contenu gris, verdâtre, jaune et noirâtre, avec des parois très irrégulières. Dans les profondeurs sinueuses se trouvent des parcelles de matières fécales d'une couleur jaune verdâtre. A d'autres points, on voit partant des parois, des excroissances polypeuses, d'un tissu un peu résistant et dont la plus grosse atteint le volume d'une prune. La longueur de toute la portion du gros intestin atteint 12 centimètres. La longueur de la tumeur vers cet intestin est de 5 centimètres, 5; d'un côté se trouve encore 1 centimètre 5, d'intestin libre et de l'autre 5 centimètres.

La séreuse des deux anses de l'intestin grêle paraît normale jusqu'au point où elles sont englobées dans la tumeur. L'une mesure 19 centimètres; en retroussant ses parois l'une sur l'autre, on aperçoit trois gros tubercules et deux petits qui font saillie à la surface de la tumeur en forme de bosse. Le plus gros tubercule a 3 centimètres de long et 1 centimètre 5 de large, et est creusé de deux cavités en forme d'entonnoir dans lesquelles se trouve une masse solide colorée. Le tubercule est ulcéré sur toute sa surface. Sur les autres tubercules la muqueuse est encore intacte.

La tumeur entoure l'autre anse d'intestin grêle à peu près jusqu'aux deux tiers de sa circonférence; cette anse mesure 20 centimètres de longueur. Le côté de la séreuse non englobé est sans altération. Retroussée sur elle-même, elle offre, suc-

cessivement cinq noyaux cancéreux ; les deux du milieu sont les plus volumineux : l'un mesure 5 centimètres de long et 3 centimètres 3 de large, le second, 5 centimètres de long et 2 centimètres 3 de large.

Ces deux noyaux sont complètement ulcérés, présentent des rebords calleux, proéminents, dentelés et conduisent à des cavités circulaires un peu plus grandes qu'une noix, remplies de matières fécales. Entre ces deux grandes cavités, se trouve une cloison qui appartient aussi à la masse de la tumeur et, sur cette cloison, deux noyaux de la grosseur d'une noisette.

Les autres noyaux sus-mentionnés sont du volume d'une noisette à celui d'une prune, non à proprement parler ulcérés, mais leur surface extérieure est imbibée d'une substance de couleur bilieuse.

La tumeur entière pèse 500 grammes et a 32 centimètres de circonférence.

L'examen microscopique, pratiqué par le professeur Langhans, a confirmé le diagnostic de cancer de l'intestin ayant commencé dans l'S iliaque ; de là, il s'était étendu sur les parties voisines, tout en restant heureusement libre dans la cavité abdominale, pendant qu'il envahissait dans une grande étendue deux anses d'intestin grêle et les perforait.

Il ne semble pas que, dans cette observation, il y ait eu communication entre les trois anses, mais nul doute que si on avait laissé progresser le mal, la communication ne se fût établie ; la tumeur a été enlevée en pleine évolution, elle avait déjà soudé les trois anses et la perforation était en voie de se faire à travers les nombreuses excavations intérieures.

OBSERVATION III

Par M. A. Pollosson.

(Publiée en partie par le *Lyon Médical* du 16 avril 1899, p. 558).

Homme de 50 ans, entré, en 1893, dans le service de M. Auguste Pollosson qui était alors à l'Hôtel-Dieu.

Cet homme était porteur d'une tumeur abdominale, siégeant dans la zone sous-ombilicale, presque immédiatement au-dessous de l'ombilic; elle avait la grosseur d'un poing, elle était légèrement adhérente à la paroi abdominale. Le malade était dans un état cachectique assez prononcé, il avait du dégoût pour les aliments, il n'offrait ni vomissements, ni obstruction intestinale.

En présence d'une tumeur abdominale volumineuse qui ne pouvait appartenir à la paroi et qui ne paraissait pas dépendre de l'intestin, M. Auguste Pollosson pensa à une néoplasie de l'épiploon. Il fit une laparotomie, décolla la tumeur de la paroi abdominale et s'aperçut d'une déchirure d'où s'écoulait un liquide jaunâtre qui était du liquide intestinal.

En tirant la tumeur au dehors, il constata qu'elle tenait à l'intestin. Le néoplasme adhérait à trois anses intestinales, il en partait six bouts intestinaux. Il se demanda quelle conduite il fallait tenir. Parmi les six bouts, deux, distants de 30 à 40 centimètres, se continuaient l'un avec l'autre, c'était une seule anse qu'on pouvait supprimer; elle appartenait à l'intestin grêle. Parmi les quatre autres, deux appartenaient au gros intestin, deux à l'intestin grêle. Il enleva la tumeur, fit les sutures intestinales; l'opération dura un peu plus d'une heure. Elle se termina assez favorablement; malheureusement le malade mourut, au bout de deux ou trois jours, de péritonite due au contact du liquide intestinal.

Examinée après l'opération, la tumeur était du volume d'un gros poing, présentant, après son incision, l'aspect d'un cloaque recouvert de végétations cancéreuses ulcérées. Dans ce cloaque venaient aboutir les six bouts intestinaux sur lesquels se prolongeaient les bourgeons néoplasiques sans qu'il y eût, de cela, aucun rétrécissement au point d'aboutement des anses intestinales dans la cavité générale. Des six bouts intestinaux, quatre appartenaient à l'intestin grêle et deux au gros intestin.

OBSERVATION IV

Due à l'obligeance de M. le Dr MOUISSET, — Résumée dans le *Lyon Médical* du 16 avril 1899.

T... Marie, 41 ans, dévideuse, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marie, le 20 février 1894, dans le service dirigé alors par M. le Dr Mouisset.

Rien dans les antécédents héréditaires ni personnels. Très mauvaise dentition; ses dents ont commencé à tomber à 28 ans, par fragments, mais il y a trois ans surtout, leur chute fut plus considérable, et il ne lui en resta aucune.

Depuis la même époque, il y a trois ans, troubles digestifs; digestions difficiles; renvois acides, céphalée fréquente. Quelques douleurs colliquatives et fugaces en ceinture après les repas. Elle n'a jamais eu de vomissements; quelquefois, cependant, elle fait quelques efforts, mais ne vomit pas; constipation habituelle.

Il y a 7 mois, dernier accouchement, sans complications; sans suites immédiates.

Depuis deux mois, amaigrissement, perte des forces; douleurs abdominales, diarrhée profuse, une dizaine de fois par jour, très impérieuse; pollakiurie.

Pas de métrorrhagies; dernières règles il y a deux mois.

Actuellement :

Anémie; cachexie; teinte pâle, un peu jaune, décoloration des muqueuses; sang pâle; œdème cachectique des membres inférieurs.

A l'examen des organes :

Poumons : quelques râles aux bases, surtout à gauche.

Cœur : léger souffle anémique à la base.

Foie : ne paraît pas augmenté de volume.

Rate : de même.

Ventre : volumineux; à l'hypogastre, du côté gauche, et dépassant la ligne médiane, on sent une tumeur dure, dont la limite inférieure se confond avec la symphise, et la supérieure est à égale distance du pubis et de l'ombilic.

Par le toucher, matrice intacte;

Par le toucher et le palper combinés, les mouvements impri-

més à la tumeur sont transmis à la matrice, mais la réciproque n'est pas vraie; on peut facilement faire balloter la matrice qui ne paraît pas lourde et ne doit avoir que des rapports de voisinage avec la tumeur.

Les autres parties du ventre ne présentent rien de particulier.

Pas de ganglions inguinaux.

Urines de couleur à peu près normale; contiennent un disque assez épais d'albumine qui prend une coloration rosée.

La diarrhée, qui dure depuis deux mois, s'accompagne de ténésme.

La température oscille entre 37°5 et 38°8.

9 mars. — La malade avait dix selles diarrhéiques à son entrée; traitée par les lavements chauds, quelques lavements au tannin. Les lavements chauds ont calmé le ténésme, mais elle avait toujours six selles par jour; depuis le 3 mars, elle prend 0 gr. 50 de tannin sans avoir eu de modification bien nette. Avant-hier, on lui a ajouté à son traitement une cuirasse collodionnée; cette nuit, elle n'a été que deux fois; comme régime, elle a du lait, deux œufs et le repos.

17 mars. — À 4 heures, hier soir, la malade a été prise brusquement de douleurs à l'épigastre avec sensation d'étouffement.

À 6 heures, son état ne présentait rien de particulier, mais sa température qui, cinq jours auparavant était montée le soir à 39°3 et qui, le matin encore, était à 37°6, avait baissé de 1 degré et était tombée à 36°6. La malade avait mangé à 4 heures; elle a eu un vomissement peu abondant où l'on ne reconnaissait pas les aliments.

À 7 heures, gros frisson d'une demi-heure; dans la nuit, la malade a accusé de fortes douleurs dans les jambes; ce matin, elle a accusé de nouvelles douleurs à l'épigastre.

Décès à 9 heures 1/2.

Autopsie, 24 heures après la mort.

Après l'incision de la cavité abdominale, on aperçoit à l'hypogastre, et envahissant la fosse iliaque gauche, une tumeur un peu plus grosse que le poing, ne présentant que quelques adhérences avec la paroi, et développée aux dépens de l'intestin. La surface de la tumeur est lisse, polie, nullement recou-

verte de fausses membranes, et on reconnaît de suite que la tumeur est constituée par plusieurs anses intestinales soudées entre elles. En avant et en bas, la tumeur est adhérente à la vessie, dont il faut la séparer en rompant des adhérences établies sur toute la surface postérieure de ce réservoir.

Il n'y a pas de péritonite généralisée, et l'on peut enlever la tumeur avec les anses intestinales qui s'y rattachent. On trouve alors que ces anses sont au nombre de six : quatre appartiennent à l'intestin grêle et deux au côlon.

L'incision de l'S iliaque montre, sur la muqueuse de cette portion du gros intestin, deux végétations en chou-fleur, de coloration rougeâtre, occupant à peine le quart du calibre de l'intestin, dont la surface ulcérée est recouverte d'un liquide sanieux, fétide.

La partie de l'intestin sur laquelle se sont développées ces végétations est complètement adhérente à la tumeur. Au voisinage des bourrelets des végétations, on aperçoit plusieurs perforations profondes dont une, assez régulièrement arrondie, a 5 à 6 millimètres de diamètre. Une incision faite par cet orifice conduit dans un grand clapier, véritable cloaque, en partie comblé par des végétations cancéreuses, molles, friables, et constituant le corps de la tumeur. C'est à cette cavité que convergent les autres anses intestinales, sans qu'il soit possible de distinguer pour chacune d'elles l'orifice d'entrée et de sortie.

L'anse du gros intestin, qui est le siège des végétations décrites plus haut, ne présente pas d'invagination au niveau du néoplasme. Cette portion de l'intestin, après avoir été ouverte et étalée, apparaît complètement droite, sans froncement et disposée à la façon d'une tangente sur la tumeur plus ou moins arrondie.

Par ces observations trop peu nombreuses, il est vrai, pour en tirer une symptomatologie certaine, mais les seules qui soient à notre connaissance, et qui concordent assez bien dans leur ensemble, nous voyons que le cancer de l'intestin, avec communication de trois anses, présente un certain nombre

de signes semblables à ceux du cancer ordinaire. Comme dans ce dernier, on a des troubles dyspeptiques, des vomissements, des phénomènes douloureux, la cachexie cancéreuse, etc.

Ce sont là seulement des symptômes secondaires. Le syndrome clinique, la base de la symptomatologie du cancer de l'intestin : *tumeur abdominale* et *accidents de rétrécissement*, est incomplet ; la tumeur seule existe, et, qui plus est, elle ne fait jamais défaut ; elle se présente avec ses caractères variables d'un cas à l'autre ; sa forme plus ou moins régulière, arrondie, sa délimitation plus ou moins facile, son volume toujours très appréciable, en raison du développement que doit atteindre le néoplasme pour englober trois anses, son indépendance et sa mobilité relatives suivant qu'elle a contracté des adhérences avec la paroi abdominale ou avec les organes intra-abdominaux et surtout intra-pelviens tels que utérus, vessie, etc., ou qu'elle est restée complètement libre dans la cavité abdominale.

La tumeur n'échappe guère à l'exploration, non-seulement en raison de son volume, mais aussi parce qu'elle ne peut guère voyager dans la cavité abdominale et se dérober, à un moment donné, à la main qui la cherche ; car, grâce à la solidarité qui existe entre le néoplasme et trois anses, le déplacement de la tumeur ne peut pas être tel que celle-ci puisse jamais échapper à l'exploration, comme il arrive quelquefois pour d'autres tumeurs intestinales.

Enfin, si, dans nos observations, le météorisme

est quelquefois noté, et peut gêner l'exploration, par contre, on ne signale pas l'ascite, sans qu'on puisse bien savoir pourquoi elle fait défaut ; mais il n'en reste pas moins que l'absence d'épanchement contribue à rendre la tumeur plus évidemment perceptible.

Nous arrivons maintenant à la différence capitale, au point de vue symptomatologique, entre le cancer ordinaire de l'intestin et le cancer avec anastomoses entre trois anses : nous voulons dire *l'absence de phénomènes de rétrécissement*. Nous avons vu dans l'anatomie pathologique que, dans les cas dont nous parlons, il n'y avait pas de sténose intestinale. Or, la cause absente, absents aussi les effets. Ici donc, point de ces accidents formidables de l'occlusion aiguë ; absence aussi de ces symptômes pénibles de l'obstruction chronique qui se terminent quelquefois par la mort ; les matières trouvant la voie libre, trop libre même, ne cherchent pas à sortir par le haut ; elles ne s'attardent pas non plus dans leur progression ; il n'y a pas coprostase ; il n'y a même pas constipation ; mieux que cela, il y a ordinairement une diarrhée persistante, incoercible ; la seule observation où elle fasse défaut a trait à un malade (celui de Kocher) qui n'était qu'au début de son affection et chez lequel les communications n'étaient pas encore établies.

En effet, l'on comprend très bien la présence de ce dernier signe si l'on songe qu'une partie du trajet intestinal se trouve supprimée, du fait même de ces communications anormales, entre les différentes

anses intestinales. Les matières n'ont pas le temps d'être durcies dans le gros intestin dont une grande partie reste inutilisée, et elles sortent telles qu'elles existent dans l'intestin grêle, c'est-à-dire liquides. Il est aisé de penser avec quelle facilité s'effectue le déversement de semblables matières, presque toujours liquides, à travers un intestin à trajet très raccourci et sans aucun point de sténose ; et, vraiment, on ne comprendrait pas comment de l'obstruction, fût-ce même simplement un peu de constipation, pourraient prendre naissance dans des conditions semblables.

Cependant, on pourrait se demander comment il se fait que les accidents de rétrécissement, absents de par ces communication multiples, n'éclatent pas avant que ces anastomoses soient effectuées, alors qu'il peut y avoir rétrécissement du fait du développement et du bourgeonnement de la tumeur. Nous avons vu que le malade de Kocher n'avait pas été sous le coup d'accidents de rétrécissement et, à l'examen de la tumeur, il n'y avait cependant pas encore anastomose ; mais on ne trouva pas non plus de rétrécissement.

M. le Dr Mouisset (1) donne de ces faits une explication plausible. « Nous avons observé notre malade lorsque la tumeur était déjà constituée, mais il est remarquable que jamais elle n'ait accusé de périodes de constipation correspondant aux époques antérieures pendant lesquelles se sont établies les

(1) Note accompagnant l'observation de M. le Dr Mouisset.

adhérences intestinales qui devaient aboutir à la production des fistules bi-muqueuses. On peut invoquer la marche rapide de la maladie et cette rapidité a été très grande sous nos yeux, puisque la maladie n'aurait duré que trois mois à peine ».

Peut-être aussi, faut-il y voir une raison que nous fournit Lebert (1) lorsqu'il dit que les communications cancéreuses de l'intestin avec d'autres organes sont le fait du cancer latéral, lequel est peu susceptible de produire le rétrécissement.

(1) *Loco citato.*

CHAPITRE III

I. — Diagnostic

Quand on se trouve en présence d'un malade qui, depuis longtemps, se plaint de troubles digestifs, de dégoût des aliments, qui a maigri, perdu ses forces, qui, d'autre part, porte dans l'abdomen une tumeur plus ou moins mobile, plus ou moins indépendante, qui, depuis plusieurs semaines, plusieurs mois même est atteint d'une diarrhée continue, incoercible, qui, en tout cas, en aucun moment de sa maladie, n'a présenté de symptômes d'occlusion aiguë ou d'obstruction chronique, quand enfin le toucher rectal montre que le rectum est sain, quel diagnostic peut-on porter ?

Posons tout de suite un principe que nous considérons comme certain : quand un malade offre, réunis, les phénomènes sus-énoncés, on n'a pas le droit d'éliminer d'emblée le diagnostic de cancer de l'intestin à cause de l'absence d'accidents de rétrécissement ; nous savons que, dans le cancer intestinal, le

rétrécissement est la règle, mais cette règle subit çà et là des exceptions, témoin nos observations où, malgré une tumeur volumineuse, il n'y avait pas rétrécissement. Nous avons suffisamment insisté sur cette dernière particularité au chapitre des symptômes pour n'avoir pas à y revenir ici.

Mais il y a, en dehors des faits d'anastomose entre trois anses, d'autres faits où un cancer de l'intestin, avec ou sans tumeur appréciable, ne donne pas de symptômes d'obstruction. Les fistules bi-muqueuses intestinales de nature cancéreuse, alors qu'il y a communication entre deux anses seulement, ressemblent complètement, à ce point de vue, aux cas que nous avons relatés. Là non plus, il n'existe pas de symptômes d'obstruction. De même, quand un sarcome se développe sur un point quelconque de l'intestin, ce point, au lieu de se rétrécir, se dilate, au contraire, et, là encore, le rétrécissement et ce qui s'en suit manquent complètement ainsi que Brault (1) en rapporte une observation, avec tumeurs, absence d'occlusion, diarrhée et, à l'autopsie, deux dilations ampullaires de l'iléon.

Pullé (2) de son côté, cite une observation de cancer encéphaloïde du jejunum, sans obstruction malgré la présence de trois tumeurs ; à l'autopsie il trouva trois dilatations du jejunum de la grosseur d'une tête de fœtus à terme,

(1) *Bulletin de la Soc. Anat. de Paris*, juillet 1895.

(2) Un caso di cancro del digiuno con considerazioni diagnostiche. *Riforma medica*, 2 avril 1891.

Les cas de Moxon (1), qui ont trait à des cancers de l'intestin grêle, avec augmentation de calibre, ont évolué sans obstruction et se sont accompagnés de diarrhée.

Le cas de Regcard (2) où il y avait carcinome colloïde de l'intestin grêle, avec dilatation, n'a pas produit de l'obstruction, mais de la diarrhée.

Le cas de Jeannel (3) : énorme carcinome de l'intestin grêle pris pour une tumeur ovarienne, dilatation à l'autopsie, ne s'était pas signalé par de l'obstruction.

Le cas de Ranson (4) où, pendant la vie, on avait senti une tumeur, et où, à l'autopsie, on a trouvé un cancer de l'iléon avec un léger rétrécissement, tumeur polypeuse, arrondie, du volume d'une noix, n'avait provoqué que de la diarrhée, mais pas d'obstruction ; de même un second cas du même auteur où il y avait éparses, dans l'iléon, six petites tumeurs carcinomateuses, etc., etc.

Le cancer nodulaire et le cancer latéral, rares, il est vrai, comme d'ailleurs les variétés précédentes, ne s'accompagnent ordinairement pas de rétrécissement, ainsi que le constate Lebert (5) : « Le tissu morbide infiltre ou une partie d'un seul côté de l'intestin, ou la circonférence tout entière, dans une cer-

(1) *The Lancet*, 22 février 1873.

(2) *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, juillet 1877.

(3) *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1886.

(4) A case of primary carcinoma of the ileum, *Lancet*, London 1890, II. 1020-1023.

(5) *Loco citato*.

taine étendue. Cette différence est très importante, par rapport à la marche et aux accidents qu'entraîne cette maladie. C'est surtout dans la partie inférieure du côlon, dans la flexure sigmoïde et dans la partie supérieure du côlon, que la différence entre le cancer unilatéral et le cancer circulaire a une grande importance. Le premier produit rarement un rétrécissement notable, parce que la paroi opposée de l'intestin se dilate. En outre, des portions de tissu accidentel, qui font saillie en dedans, se détachent quelquefois et sont entraînées avec les matières fécales, ce qui rétablit une plus grande ampleur du calibre du canal. »

Enfin, le cancer circulaire, lui-même, avec rétrécissement considérable, tel que le calibre de l'intestin soit réduit à celui d'une plume d'oie, n'arrive pas toujours à provoquer des symptômes d'obstruction ; nous avons, pour le prouver, une observation de Gogué (1) : Une aliénée, se disant enceinte de deux ans et se plaignant depuis plus d'un an de douleurs abdominales qu'elle rapportait à sa prétendue grossesse, mourut de péritonite dans le service de Mitivié à la Salpêtrière. Elle n'avait jamais présenté ni symptômes d'obstruction, ni cachexie ; on avait seulement observé de temps à autre des troubles digestifs peu caractérisés : quelques rares vomissements, quelquefois une légère constipation. On ne lui avait découvert aucune tumeur abdominale. A l'autopsie, outre des lésions de péritonite,

(1) Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1844, p. 207.

on trouva un cancer du côlon transverse avec perforations multiples de l'iléon, du cœcum et du côlon, faisant communiquer ces segments de l'intestin avec deux abcès stercoraux situés dans l'aîne droite et derrière le côlon transverse. Le cancer occupait toute la moitié droite du côlon transverse et réduisait le calibre de cet intestin à celui d'une plume d'oie ; il n'y avait pas d'accumulation stercorale en amont de la lésion, mais seulement quelques matières fécales et une grande quantité de noyaux de cerises et de pruneaux, des grains de raisins et des pépins de poires. Les altérations de ces corps étrangers indiquaient qu'ils étaient là depuis longtemps, au moins pour un certain nombre. L'auteur de cette communication la fait suivre des réflexions suivantes : « La constipation opiniâtre, le météorisme, la présence d'une tumeur, etc., peuvent manquer, lors même qu'un cancer du côlon réduit le calibre du gros intestin à celui d'une plume à écrire. Avec un tel rétrécissement, on a de la peine à concevoir comment la malade digérait ses aliments et allait à la garde-robe ; peut-être serait-ce ici le cas de recourir à l'explication ingénieuse de M. Cruveilhier, qui pense qu'alors les matières fécales se fractionnent et se délayent ».

Cruveilhier (1), en effet, cite de son côté une observation de cancer de l'arc du côlon avec réduction du calibre de l'intestin à celui d'une plume de corbeau ; en deçà de la tumeur, 617 noyaux de cerises

(1) Anat. path. du corps humain, liv. XXVI, pl. VI, p. 1.

datant de l'année précédente, ayant donné lieu à la sensation d'emphysème ; perforation de l'intestin avec issue de trois noyaux ayant déterminé une péritonite mortelle.

Là non plus on n'avait observé aucun phénomène d'obstruction, mais seulement de la diarrhée et l'auteur en donne l'explication que voici : « Chose bien remarquable ! le rétrécissement était porté aussi loin que possible, et cependant il n'y avait pas de rétention des matières fécales ; les noyaux de cerises eux-mêmes n'apportaient pas d'obstacle au cours de ces matières, qu'ils laissaient passer liquéfiées et morcelées comme à travers un crible ».

En somme, il semble qu'en dehors des cas d'anastomoses spontanées, l'absence d'obstruction se rencontre plus facilement dans un cancer de l'intestin grêle que du gros intestin, malgré la plus grande fréquence du néoplasme dans ce dernier segment.

Rubenthaler (1) avance, mais sans le prouver, que l'obstruction est presque fatale dans le cancer de l'intestin grêle. « En effet, on peut déduire du faible calibre de l'intestin dans cette partie, que les accidents d'occlusion doivent s'y déclarer avec une précocité particulière et, le plus souvent, prédominer ».

Cependant, en théorie, si, d'une part le calibre de l'intestin grêle est plus petit que celui du gros intestin, les matières qui le parcourent étant liquides doivent cheminer plus facilement, à rétrécissement égal, que celles contenues dans le gros intestin qui,

(1) *Loco citato*.

elles, sont ordinairement solides. Mais la véritable raison de cette différence entre le petit et le gros intestin, au point de vue de l'obstruction, dans le cancer intestinal, est donnée par Brault (1) qui fait suivre son observation de sarcôme ampullaire de l'iléon de la réflexion suivante : « Il (le sarcome) ne produit pas de coarctation, d'anneau rigide, mais il a bien plutôt tendance à paralyser, à distendre, à « souffler » le tube digestif, pour aboutir à des dilatations ampullaires d'un volume considérable. C'est là un peu le fait de toutes les tumeurs malignes des anses grêles qui font contraste avec les rétrécissements cancéreux du gros intestin ».

Pullé (2) avait déjà insisté sur l'absence des troubles de la défécation dans le cancer de l'intestin grêle, ce qui le distingue du cancer du gros intestin.

Mais si le cancer évolue sans rétrécissement, dans l'intestin grêle plus volontiers que dans le gros intestin, nous ne voudrions cependant pas laisser croire que le rétrécissement fait toujours défaut dans le cancer de l'intestin grêle; en effet, Trèves, cité par Ranson (3), est parvenu à réunir dix cas d'étranglement de l'intestin grêle dus au cancer. Richardson (4) a vu succomber à l'occlusion aiguë un malade chez qui, à l'autopsie, il trouva, six pieds au-dessus de la valvule iléo-cœcale, un carcinome

(1) *Loco citato.*

(2) *Loco citato.*

(3) *Loco citato.*

(4) Carcinoma of small intestine. *Brit. med. j. Lond.*, 1894, I. 523.

dur de l'intestin grêle réduisant la lumière de cet intestin, sur une longueur de deux pouces, au calibre d'une petite plume d'oie et, au point le plus rétréci, à celui d'une fine sonde. Nous trouvons aussi dans la thèse de Journet (1), à côté de six observations de cancer de l'intestin grêle sans obstruction, plusieurs autres où ce phénomène a évolué; il y avait alors rétrécissement considérable du calibre de l'intestin.

En résumé, nous croyons avoir suffisamment démontré le bien fondé du principe que nous avons énoncé plus haut: il reste donc vrai que, dans la très grande majorité des cas de cancer intestinal, on observe des accidents de rétrécissement, parce que le cancer annulaire est la forme de beaucoup la plus fréquente, et parce que le cancer s'observe beaucoup plus souvent sur le gros intestin, mais c'est à tort que, même avec une tumeur volumineuse, la présence de ces accidents est considérée comme une condition *sine quâ non* de diagnostic positif de cancer de l'intestin, et c'est à tort, également, que leur absence autorise à poser un diagnostic négatif.

Il reste à savoir si, étant donné le tableau que nous avons fait en tête de ce chapitre, on a le droit de poser un diagnostic ferme de cancer de l'intestin. Ici, nous serons beaucoup moins affirmatif. Il faut, en effet, compter avec chaque cas particulier.

S'il s'agit d'un homme, et que tous les symptômes dyspeptiques, douloureux, cachectiques, etc., soient

(1) *Loco citato.*

bien nets ; si, surtout, la tumeur offre des caractères bien tranchés de mobilité, on sera sans doute autorisé à faire le diagnostic de cancer intestinal, comme le fit Kocher pour son malade. Mais encore faudra-t-il ne pas le confondre avec un cancer du pylore, une hydropisie de la vésicule biliaire, une tumeur de l'épiploon, du mésentère, de la paroi abdominale, de la vessie, une tumeur stercorale, un rein mobile, etc.

S'il s'agit d'une femme, le diagnostic, déjà difficile, de cancer de l'intestin deviendra encore plus difficile par le fait même qu'il n'y a jamais eu obstruction ; l'existence de celle-ci pourrait apporter la certitude, mais son absence enlève un grand appoint à ce diagnostic. Il faudra alors compter non seulement avec les diverses espèces de tumeurs mentionnées ci-dessus, mais aussi avec toutes les tumeurs intra-pelviennes propres à la femme, tumeurs de l'utérus, des trompes, de l'ovaire, du ligament large.

Dans tous les cas, il faudra rechercher les signes accessoires : état des ganglions inguinaux, signe de Troisier, hypoazoturie, antécédents héréditaires et personnels, âge du malade. Il sera bon également de faire l'examen des selles ; Déjerine a constaté l'expulsion d'une masse épithéliomateuse du volume d'un œuf. Il faudra enfin savoir s'aider du toucher rectal et vaginal.

Le diagnostic de cancer de l'intestin étant établi, pourra-t-on affirmer les anastomoses spontanées entre deux ou plusieurs anses, en s'appuyant pré-

cisément sur l'absence d'obstruction et la diarrhée profuse ? On pourra y songer, mais non affirmer leur présence, car nous avons vu que, dans un certain nombre de cas de cancer de l'intestin grêle, avec une ou plusieurs tumeurs perceptibles, l'obstruction avait fait défaut, et même la diarrhée s'était montrée, quoiqu'il n'existât pas d'anastomoses.

II. — Pronostic

« Un homme âgé de 72 ans, à la suite de douleurs sourdes dans le ventre, fut pris de dévoiement abondant avec accroissement considérable d'appétit. Il mourut au bout d'un temps assez long, sans que rien n'eût pu arrêter le flux diarrhéique. A l'ouverture, on trouva que la partie moyenne de l'intestin grêle adhérait à la fin du côlon lombaire gauche. Une large perforation établissait une communication entre les deux intestins, en sorte que les aliments pouvaient passer directement du milieu de l'intestin grêle dans la partie inférieure du gros intestin. De même, les aliments ou les matières fécales pouvaient refluer de la fin du gros intestin dans l'intestin grêle et repasser de nouveau dans le gros intestin. M. J. Cloquet fait observer avec beaucoup de raison que, sous quelques rapports, ce malade se trouvait dans la position des individus affectés d'anus contre nature » (1).

Telle est donc, au point de vue du pronostic, la

(1) Observation de Cloquet, citée par Cruveilhier. *Loc. cit.*

situation des malades atteints d'anastomoses cancéreuses de l'intestin. Ils n'ont, certes, pas à redouter les accidents de l'occlusion aiguë ou de l'obstruction chronique, mais c'est tout l'avantage qu'ils tirent de leurs anastomoses ; ils n'en sont pas moins sous le coup d'un mal qui ne pardonne pas et, si l'on n'intervient pas, ils sont voués à une mort certaine, par suite de la cachexie cancéreuse, cachexie qui sera encore précipitée par cette dénutrition forcée résultant de la suppression d'une grande partie de l'intestin grêle, lieu d'absorption des éléments nutritifs. Aussi le malade de Cloquet ne manqua pas de succomber rapidement, malgré son augmentation d'appétit.

CHAPITRE IV

Traitement.

Il n'y a pas de traitement médical du cancer de l'intestin. Si l'on donne des palliatifs, point ne sera besoin, dans nos cas, d'administrer des purgatifs à petite dose et souvent répétés pour prévenir une occlusion qui n'est nullement à craindre ; on n'aura pas non plus à insister sur le besoin d'éviter l'ingestion de corps étrangers tels que noyaux de fruits qui, ici, ne risquent pas de faire office de bouchon sur un point sténosé.

On aura bien plutôt à donner des anti-diarrhéiques, puisque la diarrhée, ordinairement, constitue la seule infirmité des anastomoses cancéreuses. Toutefois, on n'aura que très peu de chances d'arrêter une diarrhée qui résulte d'une élaboration insuffisante des matières bien plus que d'une entérite.

Mais il faut se hâter de le dire : devant un cancer intestinal, compliqué ou non d'anastomoses, il n'y a

d'espoir que dans une intervention opératoire. S'il s'agit d'un cancer avec rétrécissement, on pourra avoir la main forcée par l'éclosion des accidents d'occlusion. Ce ne sera pas le cas avec les anastomoses ; il faudra donc savoir se décider spontanément pour arracher le malade à une mort certaine quoique non imminente, le débarrasser d'une tumeur cachectisante et rétablir le cours normal des matières. On aura ainsi la satisfaction de prolonger la vie du sujet jusqu'à ce que survienne une récurrence, peut-être même de le sauver complètement.

Il faudra opérer, et le plus tôt possible, pour mettre de son côté les meilleures conditions de résistance du malade et de limitation de la tumeur, et le plus grand nombre de chances de non récurrence,

Après les précautions aseptiques usuelles, et ouverture de l'abdomen, de préférence par laparotomie médiane, on se trouve en présence de la tumeur. C'est alors seulement, d'ordinaire, qu'on reconnaîtra comment elle est constituée, et qu'elle réunit ensemble trois anses intestinales.

S'il y a des adhérences, on les libère si possible ; ensuite, et après avoir pris les moyens d'assurer l'hémostase et d'éviter l'épanchement de matières stercorales, on résèque la tumeur entière en sectionnant les six bouts intestinaux au-delà des limites du mal ; mêmes précautions pour les résections méésentériques.

A ce moment, la tumeur est enlevée ; il reste à s'occuper des six orifices intestinaux qui sont restés dans l'abdomen. Ici, quelle conduite tenir ? Si l'on se

reporte à l'observation de Kocher, on voit que ce chirurgien fit alors trois entérorrhaphies en suturant deux à deux les bouts d'intestin qui allaient ensemble. C'est, en effet, ce qui, à première vue, paraît le plus simple et le plus naturel.

D'autre part, nous voyons, dans l'observation de M. A. Pollosson, ce chirurgien, en présence d'un cas semblable à celui du chirurgien de Berne, ne pas hésiter à supprimer une anse et ne faire que deux entérorrhaphies : c'était abrégé le travail et la longueur de l'opération sans compromettre en rien le résultat final.

Que peut-on dire en faveur du procédé de Kocher? Rien, sinon que c'est le procédé qui se présente le premier à l'esprit et qu'il est éminemment conservateur en ce qu'il laisse de l'intestin tout ce qui n'est pas atteint par la dégénérescence. D'autre part, on peut lui reprocher d'être très long, et cette longueur de l'opération a surtout pour inconvénient d'exposer davantage à l'infection en prolongeant les manipulations et la durée de l'ouverture du ventre.

C'est cette durée de l'opération que tend à limiter autant que possible le procédé de notre maître, M. A. Pollosson, avantage qui n'est pas à dédaigner si l'on songe que les chances d'infection augmentent rapidement avec la durée de l'exposition du péritoine à l'air libre.

Un autre avantage du même procédé, c'est d'écarter toute hésitation possible, pour savoir quels orifices seront abouchés ensemble. Il ne reste, en effet, que quatre orifices en présence : deux appartiennent

au gros intestin et doivent aller ensemble ; idem pour les deux autres, qui appartiennent à l'intestin grêle ; si, au contraire, il fallait faire deux entérorraphies sur l'intestin grêle, on s'exposerait à perdre un temps précieux à chercher les bouts intestinaux devant être réunis ensemble.

On peut reprocher, il est vrai, au procédé de notre maître, de supprimer une certaine longueur d'intestin parfaitement sain et de ne pas être, en conséquence, une opération économique ; mais cette objection n'est pas sérieuse, car, tout d'abord, la longueur d'intestin à enlever ne peut pas être considérable. Nous n'avons, en effet, qu'à nous reporter à ce que nous avons dit dans l'anatomie pathologique pour voir que l'anse à supprimer serait la plus courte, celle constituée tout entière par l'intestin grêle ; et nous y avons démontré que cette anse est presque forcément de longueur minime. Ensuite, un certain nombre de chirurgiens qui se sont vus dans l'obligation d'enlever une longueur considérable d'intestin, n'ont vu résulter de leur hardiesse aucun inconvénient au point de vue de la nutrition consécutive du malade. Shepherd (1), pour une tumeur du mésentère, a enlevé 234 centim. d'intestin et son malade se portait d'une manière parfaite plusieurs mois encore après l'opération. Jamais, dans nos cas, on n'aura besoin d'approcher, même de loin, de pareilles longueurs.

Quand on n'a plus, dans la cavité abdominale, que

(1) *British medical journal*, 9 octobre 1897.

quatre orifices intestinaux, il reste donc à les réunir, les deux du gros intestin ensemble et ceux de l'intestin grêle également ; on emploiera le bouton de Murphy ou de Villard, ou l'un des nombreux procédés d'entérorrhaphie existants; il faut enfin procéder aux sutures mésentériques puis refermer l'abdomen.

CONCLUSIONS

(Voir *Lyon Médical*, 16 avril 1899, p. 559.)

1^o Les anastomoses spontanées entre trois anses d'intestin dans le cancer de cet organe sont extrêmement rares.

2^o Les cas de communications anormales diffèrent du cancer habituel de l'intestin, au point de vue anatomopathologique, par l'absence de rétrécissement et, au point de vue symptomatologique, par l'absence absolue de signes d'obstruction.

3^o On n'a pas le droit de rejeter d'emblée le diagnostic de cancer de l'intestin parce qu'il n'y a jamais eu aucun signe d'obstruction.

4^o Nous proposons, dans ces cas, de supprimer une anse pour n'avoir à faire que deux entérorrhaphies.

VU :

Le président de la Thèse,

FOCHIER.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- BRAULT. — *Arch. de Méd.*, juill. 1895.
- CRUVEILHIER. — *Anat. path. du corps humain*, liv. XXVI, pl. 6, p. 1.
- CRUVEILHIER. — *Anat. path. du corps humain*, liv. XXX, pl. 3, p. 3.
- DUCASTEL. — *Arch. gén. de Méd.*, 1892.
- GOGUÉ. — *Bull. Soc. anat. Paris*, 1844, p. 207.
- JEANNEL. — *Bull. et Mém. Soc. chir. Paris*, 1886, XII, 5-7.
- JOHN ASHURST. — *Encycl. int. chir.*, Paris, t. VI, p. 571.
- JOURNET. — *Th. de Paris*, 1883.
- KOCHER. — *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte*, 1^{er} av. 1890.
- LEBERT. — *Anat. path. gén. et spéciale*, t. II, p. 242.
- LIEBER. — *Med. Ztg. Berl.*, 1840, t. IX, p. 42.
- MOXON. — *The Lancet*, 22 fév. 1873.
- POLLOSSON (A.) — *Lyon médical*, 16 fév. 1899, p. 557.
- PULLÉ. — *Riforma Médica*, 2 avr. 1891.
- RANSON. — *The Lancet*, 15 nov. 1890.
- REGEARD. — *Bull. Soc. anat. Paris*, juill. 1877.
- RICHARDSON. — *Brit med. journ. London*, 1894, t. I, p. 523.
- RUBENTHALER. — *Thèse de Lyon*, 1895.
- SHEPHERD. — *British med. journ.*, 9 oct. 1897.
- SIMON. — *Transact. of pathol. Sc.*, 1848, t. I, p. 264.
-

